

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

in qualità di:

- diretto interessato** (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario*)
- legale rappresentante dell'interessato**: tutore – curatore – amministratore di sostegno (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante i poteri di rappresentanza*)
- persona delegata dal diretto interessato** o da chi esercita legalmente la potestà (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante*)
- legittimo erede dell'intestatario** (o equivalente titolo di legittimazione) / familiare (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante il grado di parentela o il titolo di erede o altro equivalente titolo di legittimazione, come la dichiarazione sostitutiva di certificazione*)
- soggetto delegato da un legittimo erede o equivalente titolo di legittimazione** (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante*)
- soggetto terzo** – rispetto all'interessato - che ha la documentata necessità di far valere o difendere un diritto, della personalità o altra libertà inviolabile e fondamentale, in sede giudiziaria oppure di tutelare una situazione giuridica rilevante, purché di pari rango rispetto al diritto dell'interessato (*allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e idonea documentazione attestante le ragioni poste alla base della richiesta di accesso*)

richiede la seguente documentazione:

COPIA AUTENTICATA CARTELLA CLINICA

DICHIARAZIONE DEGENZA/CERTIFICAZIONE _____

COPIA IMMAGINI RADIOGRAFICHE

relativa a:

(da compilare se il richiedente è soggetto diverso dall'intestatario della documentazione)

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ il _____ Codice Fiscale _____

ricoverato presso il Vs Presidio Falciani Marconi

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni,

dichiara

di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti sotto la propria responsabilità e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

N.B.: Il ritiro della fotocopia di cartella clinica deve essere effettuato entro e non oltre il termine massimo di 3 mesi dall'effettiva richiesta scritta, trascorsi i quali la copia richiesta verrà distrutta con le modalità indicate dalle norme di legge.

Il richiedente si impegna al pagamento, al momento della richiesta, dei costi di rilascio della documentazione sanitaria richiesta e delle eventuali spese di spedizione.

RICHIESTA COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

ALLEGATI:

- fotocopia di documento di identità del firmatario
- documentazione attestante i poteri di rappresentanza
- originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante
- documentazione attestante il grado di parentela e/o il titolo di erede o equivalente titolo di legittimazione (*per le persone decedute*)
- documentazione attestante la necessità di far valere un proprio diritto di pari rango rispetto a quello dell'interessato

Il sottoscritto richiede inoltre che la documentazione richiesta gli venga recapitata tramite spedizione postale a:

Cognome _____ Nome _____
 doc. ident. _____ Codice Fiscale _____
 nr telefonico _____ residente a _____
 Indirizzo _____ CAP _____
 Data _____ Firma _____

Autorizzazione del Direttore Sanitario (data e firma) _____

RITIRO/SPEDIZIONE (*a cura dell'Operatore della Reception*)

La documentazione è stata ritirata dal Sig. _____
regolarmente munito di documento di riconoscimento in data _____
Firma per il ritiro _____
Spedizione tramite raccomandata A/R nr _____ in data _____

Dati di Riferimento Cartelle Cliniche oggetto di Copia (*a cura dell'Operatore della Reception*)

Nr Cartella	Presidio	Data ingresso	Data dimissione	N.Fattura	Data Saldo

Dati di Riferimento Immagini Radiografiche oggetto di Copia (*a cura dell'Operatore della Reception*)

Nr Cartella	Presidio	Data RX	DISTRETTO RX	N.Fattura	Data Saldo

DELEGA AL RITIRO DI COPIA CARTELLA CLINICA O ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Il/La richiedente _____
(Cognome Nome Intestatario CC) _____ (Codice Fiscale Intestatario CC)

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov di nascita Intestatario CC) _____ (Data di nascita Intestatario CC)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico Intestatario CC)

Doc. di identificazione _____
(Tipo e N. documento di identità Intestatario CC)

DELEGA

Il/La Signore/a _____
(Cognome Nome Delegato) _____ (Codice Fiscale Delegato)

Nato/a _____ il _____
(Luogo, Prov di nascita Delegato) _____ (Data di nascita Delegato)

Residente a _____
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico Delegato)

Doc. di identificazione _____
(Tipo e N. documento di identità Delegato)

A RITIRARE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

Duplicato autenticato Cartella Clinica

Dichiarazione degenza/certificazione

Copia immagini Iconografiche (Lastre)

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e **ALLEGA** alla presente copia fotostatica del documento di identità sopra indicato (2).

(Luogo e data)

(Firma)